

*2011*

Gruppe 11, H05

Nina Elisabeth Madsen

Siri Alvilde Haugen

Tine Sommerfelt

Torstein Værland

# **[TO ERR IS HUMAN, TO SHARE IS DIVINE]**

Prosjektoppgave i KLOK – Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring

---

# INNHold

Sammendrag .....	3
Introduksjon og problemstilling .....	4
Kunnskapsgrunnlag .....	4
Materiale og metode.....	4
Lovgrunnlag og historikk .....	5
Hva er en uheldig hendelse eller et avvik? .....	7
”Skader innenfor normal risiko .....	7
Er avviksmeldninger nyttige?.....	8
Hvem har gode avvikssystemer?.....	10
Om meldesystemet på ahus - eqs. ....	11
Hva er GTT (Global Trigger Tool) .....	12
Forbedringsarbeidet.....	13
Observasjoner og praksis .....	13
Meldekultur og trygghet.....	15
Motivasjon og tilbakemelding.....	17
Tungvint og tidkrevende? .....	18
Hva skal meldes og hvordan gjøres det.....	20
Begrunnet tiltak.....	21
Prosess og organisering for bedre praksis. ....	24
Evaluering og indikatorvalg .....	25
Diskusjon .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Proessen .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Referanser .....	26

---

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn/emne:** Avvik og uheldige hendelser skjer hver dag i norsk helsevesen. Mye tyder på at kun et fåtall av disse meldes. Vi ønsker å se på legers avvikshåndtering og meldekultur og foreslå et tiltak for å få opp avviksmeldingsfrekvensen blant leger.

**Kunnskapsgrunnlag:** Meldeplikten om avvik i sykehus styres av spesialisthelsetjenestelovens § 3.3. Meldeplikten er også lovfestet i Helsepersonelloven § 17. Det finnes flere eksempler fra litteraturen på at feil i helsevesenet medfører betydelig pasientskade, at mange avvik ikke meldes og at et godt system for melding fører til at flere avvik meldes. Det finnes derimot sparsom dokumentasjon på at flere meldte avvik fører til økt pasientsikkerhet.

**Begrunnet tiltak og metode:** Vi intervjuet 8 leger på gastrokirurgisk og ortopedisk avdeling på AHUS. Av mulige årsaker til manglende avviksmelding ble bl.a. dårlig tid, manglende motivasjon, for lite meldekultur og mangelfull informasjon nevnt. Mulige forslag til tiltak var bl.a. mer fokus fra ledelsens side, anonymitet, et mer brukervennlig system for melding, påminnelser i epikrisen/journalsystemet og informasjonsoppslag. Vårt forslag til tiltak er ”2 spørsmål på morgenmøtet”. Vi valgte dette tiltaket fordi det berører de fleste av de oppgitte årsakene til at det ikke meldes nok. Det er også gjennomførbart praktisk og økonomisk.

**Organisering:** Avdelingsoverlegen spør på morgenmøtet om det har skjedd noen avvik og om de evt. er meldt. Avdelingsoverlegen på avdelingen må opplæres av kvalitetsutvalget. Kvalitetsavdelingen bør videre gi jevnlig tilbakemelding til avdelingene om hvor mye det har blitt meldt og hvilke tiltak det har ført til.

**Resultater/vurdering:** Målet med tiltaket er at en økt andel avvik meldes og på sikt bedret pasientsikkerhet. Selve gjennomføringen kan evalueres med antall morgenmøter avviksspørsmålet tar opp av avdelingsoverlegen. Resultatet av tiltaket kan måles med en resultatsindikator: Forholdet mellom meldte avvik og faktiske avvik målt med GTT. Resultatindikatoren er imidlertid et surrogatmål for økt pasientsikkerhet.

---

# INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING

Avvik og uheldige hendelser skjer hver dag i norsk helsevesen. Mye tyder på at kun et fåtall av disse meldes. Hva hindrer leger i å melde, hvorfor er det viktig at vi melder og hva kan gjøres for å få flere til å melde avvik? Vi ønsker i denne oppgaven å se på legers avvikshåndtering og meldekultur og å foreslå et konkret tiltak for å få opp meldingsfrekvensen blant leger.

---

## KUNNSKAPSGRUNNLAG

### MATERIALE OG METODE

Vår oppgave baserer seg på flere typer av kildemateriale; både lærebøker og forskningslitteratur, samt samtaler og intervjuer med aktuelle fagpersoner. Vi har gjort kunnskapssøk i to omganger;

Til kunnskapsgrunnlaget har vi lett etter bevis for at avviksmeldinger faktisk fører til økt pasientsikkerhet og til færre feil. Vi har utarbeidet følgende PICO-spørsmål om effekt av tiltak:

- Fører mange avviksmeldinger (sammenliknet med få avviksmeldinger) til økt pasientsikkerhet?
- Fører mange avviksmeldinger (sammenliknet med få avviksmeldinger) til at færre feil begås?

Vi brukte følgende engelske søkeord: Critical case reporting OR adverse event reporting AND less adverse events OR improved patient security. Søket ble utført i Medline/Pubmed/embase-databasen, Cochrane-databasen, EPOC-registeret, samt i Google scholar og Cinahl. Vi forsøkte også å søke lenger opp i kunnskapegget, men fant raskt ut at det var lite oppsummert forskning på området. I tillegg til de systematiske søkene har vi lett etter relevante artikler på nettsidene til kunnskapssenteret, legeforeningen, helsestyrelsen Sverige, Helse-Sør-og Helse Sør-øst og kultorum.

Vi har brukt boken "Uheldige hendelser i helsetjenesten" av Peter Hjort som bakgrunnsmateriale og kilde. For å finne lovgrunnlaget har vi brukt lovdata.no. Vi har søkt "meldeplikt + helse" i fritekstsøkefunksjonen. I tillegg er aktuelle lovtekster lest gjennom og gransket nøyer, da søket ikke ga så mange relevante treff.

Vi har også søkt i databasen over publiserte oppgaver fra Universitetet i Oslo (DuO) med søkeord ”avviksmelding”, og fant da en masteroppgave i Helseledelse og helseøkonomi om avviksmeldekultur blant leger. Denne er benyttet som generelt bakgrunnsmateriale.

Til delen ”observasjon og praksis” har vi søkt etter forskningsbasert litteratur som viser effekt av det enkelte konkrete tiltak på meldefrekvensen blant leger. Etter at vi hadde bestemt oss for et par aktuelle tiltak basert på vår undersøkelse blant leger på kirurgisk avdeling Ahus, gjorde vi følgende søk for å finne ut om tiltaket hadde vært forsøkt andre steder tidligere, og hva effekten der hadde vært:

Critical case report OR incident report OR adverse event report AND barriers i Cochrane og Pubmed. I tillegg søkte vi på ”medisinske feil” i databasen til Tidsskrift for den Norske legeforening.

## LOVGRUNNLAG OG HISTORIKK

Vi vil her ta for oss lovgrunnlaget for og historien bak meldeplikten i spesialisthelsetjenesten. Meldesystemet slik vi kjenner det i dag hadde sin begynnelse på slutten av åttitallet. Da endret man helselovgivningen fra å være detaljstyrende til å ta form av en rammelov. Der styresmaktene tidligere hadde gitt godkjenninger skulle de nå føre tilsyn. Fokuset på kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet økte og etter hvert kom også ordningen med pasientskadeerstatning på plass. (1988).

Dagens meldepliktsystem ble til i forbindelse med den omfattende omleggingen av helselovgivningen som fant sted rundt årtusenskiftet. Men de nye helselovene av 2001 kom begrepet avvik, meldeplikt og kvalitetsutvalg inn i lovverket. (1) Meldeplikten om avvik i sykehus styres av spesialisthelsetjenestelovens ”§ 3.3 om meldeplikt til Helsetilsynet i fylket

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.”

Meldeplikten er også lovfestet i Helsepersonelloven av 2001. Der står det at helsepersonell av eget tiltak SKAL si ifra hvis pasientsikkerheten er i fare:

”§ 17. Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter

Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.” (2)

Hovedformålet med meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er at den skal bidra til "...å avklare hvorfor et uhell eller nesten - uhell skjedde, for så å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen, slik at pasienter dermed ikke risikerer å bli utsatt for skade" (3)

I tillegg til denne meldeplikten har leger og annet helsepersonell en rekke andre meldeplikter, for eksempel i forbindelse med feil på medisinsk teknisk utstyr, melding om unaturlig død etc. Disse spesielle meldepliktene faller utenfor rammene for vår oppgave og omtales derfor ikke nærmere.

Tidslinje over utviklingen av dagens avvikshåndteringssystem:

<b>Årstall</b>	<b>Hendelse</b>
<b>1984</b>	Tilsynsloven stiller krav til internkontroll
<b>1992</b>	Lovpålagt meldeordning om skade på pasienter
<b>1993</b>	Krav om kvalitetsutvalg i sykehus. Meldesentralen (helsetilsynet) opprettes.
<b>2000</b>	Landsomfattende tilsyn med internkontroll og kvalitetsutvalg i sykehus
<b>2001</b>	Nye/reviderte helselover med meldeplikt som beskrevet over.
<b>2002</b>	Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
<b>2010</b>	Høringsforlag fra helse- og sosialdepartementet om å flytte avviksmeldinger til et uavhengig kunnskapssenter.

## HVA ER EN UHELDIG HENDELSE ELLER ET AVVIK?

I lovteksten omtales ikke ordet avvik. Likevel skriver vi om avviksmeldinger. Hva er egentlig et avvik? Legen Peter F. Hjort skrev om dette, og blant annet skrevet i boken ”Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok” fra 2007. Der velger han å bruke uttrykket uheldig hendelse i stedet for avvik. Ved å si ”uheldig hendelse” legges det ikke skyld på noen, og hendelsen karakteriseres på en nøktern og nøytral måte, selv om den var uheldig. (4)

Hjort skriver videre at å skille mellom komplikasjoner, bivirkninger og uheldige hendelser er vanskelig, og det er uklare grenser. Han velger å definere en komplikasjon eller bivirkning slik: ”En bivirkning eller komplikasjon er en statistisk påregnelig risiko som er knyttet til undersøkelse og behandling, og en velger å ta risikoen.” Underforstått i dette er at pasienten må ha blitt grundig informert om og forstått den påregnelige risikoen. En uheldig hendelse definerer han som: ”Noe som ikke skulle skje i det hele tatt.”

I et rundskriv fra 2000; ”Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskader(...)” er det et avsnitt om skader innenfor normal risiko som lyder som følger:

### ”SKADER INNENFOR NORMAL RISIKO

Skader som ligger innenfor normal risiko i forbindelse med ytelse av helsetjeneste skal ikke meldes. Med skader som ligger innenfor normal risiko menes skader som er utslag av en kjent risiko og som inntreffer til tross for at behandlingen m.v. på alle måter er korrekt faglig utført, med unntak av sjeldne komplikasjoner som medfører betydelig skade. Slike skader anses ikke å ligge innenfor normal risiko og skal derfor meldes. Tilsvarende skal kjente komplikasjoner som skyldes svikt i behandlingen meldes.

(...) Skader innenfor bevisst kalkulert risiko for inngrep m.v. og skader som skyldes enkeltpasienters svært sjeldne og uforutsette biologiske avvikelser skal heller ikke meldes, dersom hendelsene ligger innenfor det faglig forsvarlige.” (5)

Definisjonene av avvik og hva som er meldepliktig er med andre ord vide. Dette gjenspeiles også i at leger i klinisk virksomhet synes er problematisk å vite når noe skal meldes som avvik.

## ER AVVIKSMELDNINGER NYTTIGE?

Hovedårsaken til at det er nyttig å melde fra ved avvik, er at helsetjenesten på denne måten kan lære av sine feil, og forsøke å unngå å gjenta dem. Dette betyr at det ikke er selve avviksmeldingene som hindrer at de samme avvikene skjer igjen, det er det responsen på meldingene som gjør.

Det finnes mange eksempler på at pasientsikkerheten er truet av feil begått av helsevesenet. En rapport fra helsedepartementet i England estimerer at ved ca. 10 % av alle sykehusinnleggelser i England oppstår det en kritisk hendelse som medfører pasientskade, og at 400 engelskmenn i året dør eller blir alvorlig skadet i forbindelse med bruk av medisinsk utstyr. Den samme rapporten fastslår at sykehusinfeksjoner koster staten 1 milliard pund i året. (6)

En norsk studie gjort på Akershus Universitetssykehus tok for seg 732 dødsfall på medisinsk avdeling i perioden 1993 til 1995. Informasjon ble hentet fra journaler, obduksjoner og pre- og postmortem medikamentanalyser. 18,2 % (133 dødsfall) av disse ble klassifisert som direkte eller indirekte assosiert med et eller flere medikamenter. Bare åtte av disse dødsfallene ble rapportert. (7)

Det å rapportere avvik kan føre til læring og økt sikkerhet på flere ulike måter. For det første kan en god avviksordning føre til at en er på vakt i forhold til nye potensielle fallgruver. For det andre kan lærdom fra alvorlige hendelser i en helseorganisasjon spres videre til andre helseorganisasjoner, slik at disse kan ta del i læringsutbyttet. For det tredje kan en gjennomgang av de innmeldte avvikene avdekke skjulte trender i feil som blir begått. Ikke minst vil man ved å analysere flere avviksrapporter få innsikt i underliggende systemfeil. Dette kan skape grunnlag for anbefalinger om hvordan helseorganisasjoner generelt bør drives. (8)

Et eksempel på læringseffekten av avviksmeldinger, kan ses i en artikkel fra Texas, USA fra 1998. Den tar for seg innføringen av et nytt avvikssystem innen transfusjons-medisin. Her beskrives det hvor enkelt et avvikssystem er i bruk, og at det gav ny og nyttig kunnskap om feil som ble begått. Det trekkes frem at på grunn av det forbedrede avvikssystemet kunne det identifiseres flere årsaker til problemene enn tidligere. Til slutt nevnes det at antallet innmeldte avvik hadde økt betydelig. En avdeling mente de hadde 10 ganger så mange avviksmeldinger i løpet av en måned etter innføringen av det nye systemet. (9)



I en artikkel fra New England Journal of Medicine fra 2002, tar de for seg avviksmeldingssystemet og effekten dette kan ha. I mesteparten av tilfellene viser artikkelen til at effekten er ”anekdotal”, og at det ikke finnes noen spesifikke tall på effekten siden alle er enige om at det har effekt. I artikkelen nevnes en studie der de har prøvd et frivillig avviksmeldingssystem. Nytt av å melde avvik er her innlemmet i en kontrollert studie, ”the National Nosocomial Infection Survey”, som konkluderer med at infeksjonsraten hos de sykehusene som hadde innført avviksmeldingsrapportering var 32 % lavere enn tilsvarende sykehus som ikke hadde innført systemet. (10)

Litteraturen gir svært lite statistisk evidens for at avviksmeldinger bedrer pasientsikkerheten direkte i form av redusert antall kritiske hendelser og mortalitet. Dette kan skyldes at muligheten for statistiske beregninger innen dette feltet er begrenset. Det er ikke mulig å skaffe sikre tall på alle mulige hendelser som følger av en feil. Dessuten er vanligvis insidensen av en bestemt feil svært lav, slik at en studie må være svært stor for å vise signifikant reduksjon av insidensen. For eksempel trengs 1 million pasienter per gruppe for med 80 % sannsynlighet å vise en statistisk signifikant reduksjon fra 1/25 000 til 1/ 50 000. (11)

Alt i alt synes det som om det er enighet om at det er hensiktsmessig å melde avvik, selv om det er vanskelig å finne god evidens for at økte antall avviksmeldinger direkte fører til bedret pasientsikkerhet. Når i tillegg avviksmeldeplikten er lovfestet synes dette å være grunn god nok til å arbeide for en økt meldefrekvens blant legene.

## HVEM HAR GODE AVVIKSSYSTEMER?

Andre land har organisert avvikssystemet annerledes enn i Norge. I Australia har man utviklet en uavhengig stiftelse, Australian Patient Safety Foundation, som behandler avviksmeldinger. Meldingene kan være signerte eller anonyme og er garantert uten konsekvenser for melderene. Videre klassifiseres hver hendelse. Alle hendelser analyseres lokalt, men de alvorligste hendelsene skal også analyseres og vurderes sentralt. Man finner så frem til forebyggende tiltak og setter dem i verk. At det er et uavhengig nasjonalt senter gjør systemet forskjellig fra i Norge, der det er Helsetilsynet som både mottar avviksmeldingene og har den straffende makten. (4) Et forslag om å flytte avvikshåndtering til et uavhengig kunnskapssenter ligger nå ute for høring også i Norge.

Det finnes også eksempler på at enkelte sykehus går nye veier for å sette fokus på avvik og pasientsikkerhet. I følge Helge Svaar har de på Rikshospitalet i København innført stående avviksmøte på 5 minutter ved vaktskifte. Der er spørsmålet om de ansatte har kommet borti en uheldig hendelse denne dagen og eventuelt hva. Folk skal fremlegge kort hva som evt. var den uheldige hendelsen. Vi vil tro at slike møter og lignende initiativer bidrar til å rette fokus mot pasientsikkerhet og fjerne noe av frykten og tabuet rundt det å innrømme feil og avvik.

Intet helsesystem kan skryte på seg å ha et fullgodt system for avvikshåndtering. Det er derfor naturlig å skue til andre bransjer for å se hva man kan lære derfra. Luftfarten blir ofte beskrevet som å ha det ideelle system for avvikshåndtering. Luftfartens natur innebærer at en enkeltfeil kan få fatale konsekvenser for alle passasjerene på et fly. Dermed må kulturen i luftfarten være gjennomsyret av oppmerksomhet på dette. Luftfartens rapportsystem heter Aviation Safety Reporting System og har tre hovedpunkter:

- 1) Konfidensielt og ikke disiplinært
- 2) Ledet av frittstående organisasjon
- 3) Analysen sendes tilbake og brukes av organisasjonen

Peter Hjort har sammenliknet risikoen for å dø som følge av uheldige hendelser i luftfarten (Spesifisert US Airlines 1990-1994) og som følge av uheldige hendelser i somatiske sykehus i USA. Resultatet er nedslående tall for helsevesenet. En pasient på sykehus har to millioner ganger så stor risiko for å dø som følge av en uheldig hendelse sammenlignet med en passasjer hos US Airlines. (4) Det er klart at luftfart og helsevesen ikke er direkte sammenlignbart, men vi kan likevel lære av avvikskultur og sikkerhetskultur fra luftfarten.

## OM MELDESYSTEMET PÅ AHUS - EQS.

Vår oppgave tar utgangspunkt i to kirurgiske avdelinger, gastrokirurgisk og ortopedisk, ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Sykehuset har 555 + 262 senger fordelt på henholdsvis somatisk og psykiatrisk avdeling. Ved Ahus benyttes et elektronisk meldesystem, EQS (extend quality system) for innrapportering av avvik. Alle avvik, både lovmessig meldepliktige og andre, skal rapporteres inn via dette dataprogrammet. (12)

La oss ta et eksempel:

Pasienten NN er en 75 år gammel mann som kommer til sykehuset med akutte magesmerter. Det viser seg at han har tykktarmskreft, og han blir operert akutt samme natt med anleggelse av stomi. Alt ser ut til å gå greit inntil han fem dager etter inngrepet blir slapp og får feber. Dette blir ikke notert av vakthavende lege. Neste dag tas det rutinemessige blodprøver som viser stigende infeksjonsparametre, men det er en travel morgen og blodprøvene sjekkes først sent på kvelden. Da har NN blitt svært medtatt, og det viser seg at han har en stor intraabdominal abscess med gule stafylokokker innenfor operasjonssåret. Når dette først erkjennes går det slag i slag, han får den behandlingen han skal ha, og allerede to dager senere føler han seg i fin form igjen. Turnuslege Ali hadde vakt den natten NN kom inn, og er ansvarlig for å skrive epikrisen når han reiser. Etter å ha lest gjennom journalen bestemmer hun seg for at dette kan være et avvik og setter seg ned for å skrive en avviksmelding i EQS-systemet. Hun finner etter litt leting frem til rett dataside, og fyller ut det elektroniske skjemaet. Når hun sender fra seg skjemaet går det i kopi til en ansvarlig på avdelingen; kvalitetsveilederen (oftest en sykepleier). Kvalitetsveilederen fyller om nødvendig inn noen flere opplysninger, og skjemaet går elektronisk til "kvalitetsdivisjonen". Her blir saken administrert og sendt videre til den tverrfaglige Kvalitet- og Arbeids-Miljø-gruppen (KAM) ved avviksmeldingens opphavsavdeling. Dette er en gruppe som skal arbeide med kontinuerlig forbedring av kvalitet og arbeidsmiljø på avdelingen og i samspill med andre avdelinger. Hver avdeling har en KAM-gruppe. Denne består av avdelingssjefen, avdelingsoverlegen, avdelingssykepleier, kvalitetsveileder og verneombud. I enkle tilfeller kan avviksmeldingen ferdigbehandles i KAM-gruppen. Alle hendelser som er meldepliktige etter § 3.3 og andre alvorlige/kompliserte tilfeller går videre til Kvalitetsutvalget ved sykehuset. Kvalitetsutvalget er et overordnet organ, som består av representanter fra ulike deler av ledelsen.

Kvalitetsutvalget rapporterer videre til ledelsen som kommer med en uttalelse i saken. Denne kan for eksempel være at tilfellet skal vidererapporteres til Helsetilsynet. Helsetilsynet vurderer deretter om de lokalt igangsatte tiltakene er tilstrekkelige og plausible. De kan eventuelt be om en årsaksanalyse. Kun meget sjelden fører henvendelser til Helsetilsynet til at det opprettes tilsynssaker mot foretak eller enkeltpersoner. (12)

### HVA ER GTT (GLOBAL TRIGGER TOOL)

Global trigger tool er et kontrollsystem utviklet for å registrere avvik som blir begått på sykehus. Verktøyet GTT er en enkel metode for å på en sikker måte identifisere hendelser som forårsaker skade og som er avvik fra ordinære rutiner og arbeidsmåter. Det er også en metode for å måle hyppigheten av disse avvikene over tid.

For pasientsikkerheten er metoden også fin til å finne ut om forandringer som utføres og tiltak som settes i verk fører til noen forbedringer.

GTT-metoden innebærer at man gjør en retrospektiv studie av et randomisert utvalg av pasientjournaler. Man bruker såkalte ”triggere” (eller ledetråder) for å identifisere mulige avvikshendelser.

I USA har metoden fått fotfeste ved mange sykehus. Den har her vært brukt for å måle hvor vanlig avvik er og hvor store skader disse avvikene har påført. Samtidig kan man identifisere de områdene hvor man har et forbedringspotensiale.

Det er viktig å merke seg at GTT-modellen ikke skal brukes for å finne hver eneste avvikshendelse i en pasientjournal. Med tanke på hvor mye tid som brukes på å gå gjennom en journal, passer metoden best til å gi et overordnet og helhetlig bilde av avvikstrenden. På denne måten kan GTT gi en veiledning for hvilke tiltak som kan og bør settes i gang for å bedre pasientsikkerheten ved helseforetaket.

Verktøyet Global Trigger Tool er utviklet av Institute for Healthcare Improvement i et tverrfaglig samarbeid. (13)

---

# FORBEDRINGSARBEIDET

## OBSERVASJONER OG PRAKSIS

Vårt kunnskapsgrunnlag fortalte oss at for få avvik meldes, og at særlig leger er for dårlige til å melde avvik. Dette er sett i blant annet en artikkel (14) der undersøkelser om holdninger blant leger (physiscians) og sykepleiere ble sett på. Den konkluderte med at legene sto for 1,1 % av avviksmeldingene mens tilsvarende tall for sykepleierne var 45,3 %. Våre egne erfaringer sier det samme: Alle i vår gruppe har vært i klinisk praksis og flere har jobbet som pleiemedarbeidere/sykepleiere. I møte med pleiepersonalet på sykehusavdelingene har flere av oss opplevd en holdning til at avvik skal meldes, store som små, og sett at sykepleierne faktisk gjør det. Derimot har ingen av oss sett en lege melde et avvik, ingen har blitt opplært i hvordan avvik skal meldes på praksissteder vi har vært og ingen har opplevd fokus på avviksmeldinger i legestanden.

Med dette i mente bestemte vi oss for å foreta et semistrukturert intervju blant 8 leger på to kirurgiske avdelinger på AHUS, for å kartlegge hvorfor de eventuelt ikke melder så mange avvik som de burde og hvilke tiltak de kan foreslå for at de og andre leger skal melde flere avvik. Vi foretok intervjuene i person eller over telefon. Vi laget et skjema med fem spørsmål, og under spørsmålet om hva som gjør at leger ikke melder hadde vi listet opp 12 mulige alternativer til bruk dersom intervjuobjektet ”satt fast”. Se vedlegg 1. Kort oppsummert inneholdt intervjuet følgende momenter

- Legens stilling
- Om intervjuobjektet kjente til avviksmelding på sitt sykehus
- Om de selv har unnlatt å melde avvik og hvorfor
- Hvorfor de tror andre leger ikke melder så mange avvik som de burde
- Om de kan foreslå ett tiltak som kan gjøre at de og andre leger vil melde flere avvik
- Om det er noe ledelsen kan gjøre for at det skal bli lettere for dem å melde avvik

I samtalene med legene skjønte vi fort at temaet var noe som engasjerte legene vi pratet med, og at det hadde vært fokus på det på avdelingen. Alle kjente til avvikssystemet i større eller mindre grad, og alle bortsett fra en innrømmer å ikke ha meldt et eller flere avvik som burde vært meldt. Se vedlegg 2.

Oppsummert skisserer legene følgende mulige årsaker til at leger ikke melder nok:

- Tidsaspektet, å melde tar for mye tid og er for tungvint
- Problemer med å vite hva som skal meldes, inkludert forskjellen på påregnelig komplikasjon og avvik
- Flere opplever at deres avviksmeldinger ikke får konsekvenser i form av forbedringer, og de betviler nytten av avviksmeldingene. De savner konkrete tilbakemeldinger
- Mangel på mulighet for anonymisering, noe som gjør at en kanskje kan komme i ”konflikt” med medarbeidere
- At en glemmer det

Flere studier har funn som ligner våre. En studie fra Storbritannia publisert i 2010 (15) finner årsakene: ” At present, significant problems remain with local and national incident reporting systems. These include fear of punitive action, poor safety culture in an organization, lack of understanding among clinicians about what should be reported, lack of awareness of how the reported incidents will be analysed, and how will the reports ultimately lead to changes which will improve patient safety.” En artikkel finner at den barrieren som flest oppga var kulturelt betinget, som dårlig sikkerhetskultur på arbeidsplassen. (16)

Tiltakene legene foreslo var noe varierte, og det er tydelig at alle er forskjellige og har ulike grunner til at de ikke melder alt som bør meldes. Det var således umulig for oss ut fra intervjuene å foreslå ett eller få tiltak som med rimelig sikkerhet ville bedret meldeadferden. Vi bestemte oss derfor for å kategorisere forslagene, og deretter søke i relevant litteratur for å se om forskning kan understøtte noen av tiltakene som legene foreslo. De fire hovedkategoriene vi kom frem til er følgende:

- Meldekultur og trygghet
- Motivasjon, eller mangel på sådan
- Tid/tilgjengelighet
- Informasjon, hva skal meldes og hvordan gjøres det

Det første søket vi gjorde var i EPOC (The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group) som er en del av Cochrane Collaboration lager systematiske oversikter over effekter av intervensjoner i helse. De hadde dessverre ikke laget en systematisk oversikt på området, men de planla å lage en systematisk oversikt som skulle ta for seg effekter og kostnader ved tiltak for å øke melding av avvik.

Vi måtte derfor gjøre søk “lenger ned” I kunnskapsegget, og fordi grunnen til at man ikke melder inn nok avvik er subjektiv og farget av miljøet og landet man jobber i, også søke i norske kunnskapskilder som Tidsskriftet og Dagens Medisin.

#### MELDEKULTUR OG TRYGGHET

Under dette punktet søkte vi i Dagens medisin og Tidsskriftet. I ”Dagens medisin” søkte vi på ”avvik” og dette ga resultater på flere interessante kronikker/debatter, de mest relevante referert i teksten under. I Tidsskriftet ga søkeordet ”avvik” altfor mange treff og følgelig søkte vi på ”rapportering av avvik”, ”avviksmeldinger” og ”melde avvik”. Vi fant ingen artikler som sier noe om hva vi kan gjøre for å få leger til å øke meldefrekvensen, bortsett fra at det danske systemet legges frem som en suksess. Der har det siden 2004 vært lovpålagt å melde utilsiktede hendelser og avvik, og man tror suksessen delvis kan ha med muligheten for å kunne være anonym å gjøre, selv om kun ca 10 % velger å være anonyme, at meldingen behandles konfidensielt, at man ikke kan utsettes for disiplinære konsekvenser og at man har sett en vilje blant personell til å innrapportere avvik.(17) Hvordan de har fått til denne ”viljen”, sies ingenting om.

Vi søkte også i pubmed med søkeord: ”Adverse event AND safety culture” og ”incident reporting AND barriers” og så etter artikler som sa noe om hvordan man kan endre legers holdninger slik at de melder mer. Vi fant som nevnt tidligere artikler som støttet at meldekultur, sikkerhetskultur og holdninger på arbeidsplassen påvirker melding av avvik (15,16), men fant ingen artikler som foreslo tiltak som kan bedre meldekultur/sikkerhetskultur og dermed øke antall avviksmeldinger i systemer tilsvarende det vi har i Norge.

Flere av legene i vår undersøkelse mente at et økt fokus fra ledelsen ville føre til økt avviksrapportering. Det som aldri ble nevnt var hvordan slik fokus bør settes. Vi har her et ledelses - spørsmål i KloK-sammenheng: Hvordan få sine underordnede til å endre adferd og holdning til avviksmeldinger? Og enda viktigere; hvordan endre kulturen i helsevesenet slik at avviksmeldinger blir like naturlige for oss som de er i for eksempel flytrafikken? Dette fokuset på meldekultur settes også i Dagens medisin 9/10 i en kronikk/debatt av Jannicke Mellin-Olsen. Hun referer til en undersøkelse utført på St. Olavs hospital som mener at en av seks leger føler seg mobbet på arbeidsplassen. Som hun også sier, er det klart at dette ikke er noe godt grunnlag for en god meldekultur. Samtidig adresserer hun et større fokus på helseøkonomi enn pasientsikkerhet fra ledelsens side. Dette er noe våre intervjuobjekter også satt med inntrykk av; Hvis de kom med konkrete tiltak som kunne bedre et system slik at avvik kan unngås, fikk de beskjed om at sykehuset ikke har råd.

Enkelte av legene vi snakket med nevnte også at det kanskje hadde vært fordelaktig om det var mulig å være anonym i avviksmeldingene. De var ikke redde for straff eller advarsel fra Helsetilsynet, men så at i enkelte tilfeller var det mulig å komme i konflikt med kolleger evt. skape misnøye i jobbmiljøet. Andre igjen mente at et anonymt avviksmeldingssystem ikke hadde noe for seg, da man enkelt kunne gå i journalen til den aktuelle pasienten og finne ut hvem som var med på en eventuell hendelse, samt at kirurger lever med at det gjøres feil og det er stor forståelse blant kolleger for dette. Vi ser allikevel at i enkelte tilfeller kan det være fordelaktig å ha mulighet for anonyme meldinger, særlig hvis man for eksempel skal melde en feil begått av andre. Det skal sies at de fleste av legene vi snakket med ikke så på det som noe problem at de ikke hadde mulighet til å være anonyme, og vektla heller ikke anonymitet eller redsel for straff som noe stort moment i hvorfor de ikke meldte. Det står i motsetning til hva Peter Hjort mener i sin bok (4), der anonyme meldinger til en uavhengig enhet fremstilles som en god løsning, som de har meget gode resultater av blant annet i Australia. Som nevnt har mulighet for anonymitet vært del av løsningen i Danmark, og Danmark har opplevd suksess i sin nye meldeordning fra 2004 (19). I en kronikk i Dagens Medisin fra juni 2010 står det at Helse- og omsorgsministeren har vurdert å overføre meldingene fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret. Våre leger er ikke noe statistisk representativt grunnlag, så vi kan ikke trekke noen konklusjoner her. Men det kan være verdt å tenke på at ulike land har ulike systemer og kulturer for straff/søksmål av leger og at Norge kanskje skiller seg fra mange andre land med at leger må ta veldig lite personlig rettslig ansvar for feil som er begått. Legene våre vektla ikke anonymisering, behov for en uavhengig enhet for behandling av avviksmeldinger eller redsel for negative konsekvenser av avviksmeldinger i slik grad som man skulle tro etter kun å ha lest litteratur på området. Denne diskrepansen mellom litteratur og våre funn er interessant, og vi mener at det bør kartlegges ved større undersøkelser enn vårt semistrukturerte intervju med 8 personer.

Konklusjon er at meldekultur, sikkerhetskultur og holdninger er viktige for å øke avviksmeldingsfrekvensen, men konkrete tiltak for hvordan slike endringer kan gjøres finner vi ikke i litteraturen. Mulighet for anonymisering og at avviksmeldinger håndteres av et uavhengig organ som ikke kan gi disiplinære følger for melderens har vært en suksess i andre land, og kan være et tiltak som kan gi suksess også i Norge, men dette er vanskelig å vite sikkert.



## MOTIVASJON OG TILBAKEMELDING

Motivasjon er alltid viktig, også når det gjelder avviksmeldingskultur. I en tidspresst hverdag må det å melde avvik virke meningsfylt. Til tross for at man har en lovpålagt plikt til å melde, viser både vår lille undersøkelse og større norske og internasjonale studier (20,21) at det meldes for lite. Med andre ord svikter motivasjonen. I løpet av våre åtte intervjuer kom det klart frem at flertallet av intervjuobjektene savnet bedre og mer konkrete tilbakemeldinger på de avvikene de innrapporterte. Dette illustreres ved et eksempel fra ortopedisk avdeling; ”Vi fikk beskjed om at alle dødsfall på grunn av fall ikke bare skulle rapporteres til politiet som unaturlig død, men også i EQS som avvik. Jeg gjorde dette flere ganger, men fikk aldri noen tilbakemelding på meldingene. Da skjønnte jeg ikke poenget. Nå har jeg sluttet å skrive disse rapportene, uten at det har fått noen konsekvens for meg.” Uten tilstrekkelig tilbakemelding og følelse av at det er vilje til igangsetting av tiltak er det enkelt å forstå at motivasjonen for å melde avvik raskt forsvinner. Legene beskriver at de har problemer med å se hensikten med å melde avvik. En assistentlege som var veldig engasjert i forbedringsarbeid sa følgende; ”Jeg har sendt mange avviksmeldinger. Enkelte ganger har jeg også tatt meg jobben med å tenke nøye gjennom hva som kunne vært gjort bedre, og eventuelle tiltak som kunne ledet dit. Når tilbakemeldingen fra kvalitetsavdelingen er ”bra tenkt, men vi har ikke økonomi til å sette igang tiltak” virker det hele meningsløst”. Dette illustrerer kanskje et kjerneproblem i forhold til dagens meldesystem på AHUS. Det synes som om legene har begrenset tiltro til læringseffekten ved avviksmeldingene. Altså virker det som det er en svikt mellom kvalitetsavdelingens intensjoner og hva legene oppfatter i mottakerenden. Tilsvarende funn er funnet i større kartlegginger av hva som hindrer kirurger til å melde avvik. En studie utført i England fra 2009 blant leger og sykepleiere ved en kirurgisk avdeling fant at 66 % av legene var enige eller svært enige i at de ikke fikk noen tilbakemeldinger. 43 % av de samme legene følte ikke at avviksmeldingene førte til bedre kvalitet på pasientbehandlingen. (21) Tilsvarende tall blant sykepleierne var 38 og 20 %. En annen undersøkelse fra Australia fra 2006 viste at 57,7 % av legene følte at de ikke fikk feedback og 28,6 % ikke trodde avviksmeldingene ville føre til systemendringer. (22)

Man kan stille seg spørsmålet; Hvorfor skal vi jobbe for å få opp meldefrekvensen hvis det uansett ikke kommer konkrete tiltak ut av meldingene? Dette er et viktig og stort spørsmål, som i seg selv ville kreve en egen gjennomgang. Vi velger derfor ikke å ta stilling til dette, men ser det som et viktig poeng at legene må oppfatte at de og kvalitetsavdelingen har en felles agenda; nemlig økt pasientsikkerhet.

Hva kan man så gjøre for å øke motivasjonen blant legene? Man kan tenke seg svar i to ulike retninger; enten må det bli mer lønnsomt å melde (belønning, positive tilbakemeldinger, utmerkelser, betalt per melding) eller det må bli mer ubehagelig å la være å melde (strengere sanksjoner ved å la være). Det mest realistiske er kanskje et system som belønner, da man per dags dato har liten mulighet til å kontrollere alle leger nok til å oppdage utelatte avviksmeldinger.

Ved et sykehus i Texas, USA innførte de i 2002 et nytt avviksmeldingssystem. (17) I den forbindelse var et av flere tiltak at de ansatte tjente seg opp kinobilletter ettersom de sendte inn avvik. Det viste seg faktisk å ha effekt! Et annet tiltak de hadde var utdeling av ulike meldeeffekter, som buttons med påskriften ”I plant flags” (jeg markerer terrenget) etc. som belønte ”gode meldere” og synliggjorde en satsning på innrapporteringen av avvik. Det hele ble fremstilt billedlig gjennom en historie som symboliserte læreverdien av meldingene. Denne historien gikk igjen, både i effektene og i internopplæringen. Også dette bidro til økt antall avviksmeldinger. Dette synliggjør også hvor viktig kultur og ledelse er for motivasjonen for å melde.

#### TUNGVINT OG TIDKREVENDE?

En faktor som gikk igjen i flere av intervjuene vi gjorde, var tid. Flere av legene syntes at EQS – systemet fungerte godt og at tidsbruken ikke var et hinder for dem. På en annen side syntes mange at det var tungvint og tidkrevende å logge seg inn på datasystemet og fylle inn det elektroniske skjemaet. De ovenfornevnte studiene fra England og Australia oppgir også tid som en årsak til at det ikke meldes nok: I følge den engelske studien mente 47 % av legene i undersøkelsen at de ikke hadde nok tid til å melde avvik, og 51 % mente at skjemaet tok for lang tid å fylle ut (15). I den Australske studien finner vi enda høyere tall: 54,2 % av legene mente at skjemaet tok for lang tid å fylle ut og at de ikke hadde nok tid (16).

Mange av legene vi intervjuet mente at det bør legges bedre til rette praktisk og tidsmessig for avviksmelding. De hadde selv flere forslag til hvordan dette kan gjøres:

- Gå over til papirskjema, få et raskere datasystem som det går forttere å logge seg på.
- Knapp/funksjon i DIPS-systemet
- Egen rubrikk i epikrisen som heter f.eks ”avvikshendelser under oppholdet”
- Meldekontor/meldeperson: Et sentralt organ på sykehuset en kan gå til, ringe eller tilkalle når en avvikshendelse skjer, som en kan gi muntlig rapport til og som deretter tar seg av resten.

Forslaget om å gå tilbake til papirskjema var det bare en lege som stilte seg bak, og vi ser det som lite realistisk og hensiktsmessig å reinnføre papirskjemaer i en tid som blir mer og mer elektronisk og der sykehusene går inn for å bli papirfrie.

Et datasystem som fungerer raskere og en ny funksjon i DIPS er trolig velbegrunnede forslag, men disse tiltakene er meget omfattende og lite gjennomførbare på kort sikt når man skal angripe avviksmelding som et avgrenset felt. Vi har til og med blitt frarådet av veiledere i denne oppgaven å foreslå et tiltak som innebærer endring av datasystemer, nettopp fordi dette er urealistisk at en avdeling skal få til.

De to øvrige tiltakene syntes vi var gode kandidater for vårt endelige valg av tiltak og blir nærmere diskutert under ”begrunnet tiltak”.

Vi foretok et søk for å se etter relevant dokumentasjon på at noen av disse tiltakene virker. I PubMed søkte vi med ordene ”critical incident reporting” og deretter ”adverse event reporting” kombinert (AND) med stikkord for de ulike tiltakene : DIPS, patient journal, case summary, discharge summary, commentary, office, paper journal. Vi kombinerte også ”critical incident reporting” og ”adverse event reporting” med ”efficacy”, ”effectiveness” og ”time”.

Vi fant ingen artikler som var direkte relaterte til tiltakene på listen vår. Med søket critical incident reporting AND commentary fikk vi 8 treff. Et av disse treffene var et brev som kommenterte artikkelen ”Professional monitoring and critical incident reporting using personal digital assistants”, Vi klikket videre på kolonnen ”related citations” i PubMed til artikkelen som ble kommentert. Denne beskriver en pilotstudie der en testet ut bruk av PDA (personal digital assistants – håndholdt datamaskin) blant anestesileger for å bla. samle inn data til avviksmeldinger. Data kunne sendes fra PDA til en felles server. Dette verktøyet er foreløpig på utviklingsstadiet og det oppsto ulike vanskeligheter i studien, men konklusjonen var likevel at denne teknologien kan brukes i fremtiden. Vi mener at idèen er spennende og at dette kan være en måte å gjøre avviksmelding mer effektivt og mindre tidkrevende i fremtiden. (23)

## HVA SKAL MELDES OG HVORDAN GJØRES DET

Alle legene vi intervjuet oppga at de var inneforståtte med hvordan avvikssystemet fungerte på AHUS og hvordan EQS skulle brukes. Derimot var det mye uklarhet rundt hva som egentlig var definisjonen på et avvik, og hva konkret som skulle meldes. Det som kom fram i samtale med de ulike legene var litt ulike tilnærminger til dette spørsmålet, men en fellesnevner var at det var mye opp til hver enkelt lege å avgjøre hvilke feil som skulle tolkes som et avvik.

I en studie fra 2006 (24) slås det fast at hendelser som er mer akutte og blir sett av flere personer, slik som fall, utstyrsproblemer, medikamentfeil og liknende, blir rapportert i langt større grad enn hendelser med en mer gradvis utvikling. Eksempler på slike avvik kan være sykehuservervet infeksjon og dyp venetrombose. Det som er vanskelig med disse avvikene og som gjør at de sjeldnere blir meldt, er at de ikke har en enkelt kausal faktor, eller at de regnes som kjente komplikasjoner av å være hospitalisert.

Når det gjelder legene vi intervjuet, virket det også på dem som om mye av argumentasjonen bak deres subjektive beslutninger var om dette kunne karakteriseres som en hendelse som bør kunne godkjennes på bakgrunn av kjent risiko. Videre melde de gjerne hendelser som ga akutte problemer, kunne spores tilbake til deres aktiviteter eller som hadde skjedd på "deres vakt". Et inntrykk var at det fort ble noen andres problem å melde avvik dersom det var snakk om et mer kronisk forløp, og den konkrete kilden til problemet var vanskelig å sette fingeren på.

En av legene bemerket at han aldri hadde vært noe problem med hva som skulle meldes, da det alltid var en kollega han kunne ta saken opp med i etterkant. Resultatet av denne diskusjonen ble enighet om hva som skulle meldes eller ikke. Dette kan virke fornuftig, men på den andre siden blir det vanskelig å akseptere at det ikke finnes noen bedre objektive kriterier legene kan basere sine avgjørelser på.

Avviksdefinisjonen kan finnes på mange fronter. WHO sier blant annet i sin guideline om avviksrapportering at et avvik innen helsetjenesten kan defineres som en skade som er relatert til den medisinske behandlingen, i kontrast til komplikasjoner til selve sykdommen. Den medisinske behandlingen inkluderer i denne definisjonen alle aspekter av helsetjenesten, inkludert diagnostisering og behandling, mislykkede forsøk på å diagnostisere og behandle, og systemet og utstyret som ble brukt til helsetjenesten (8). Et problem med disse overordnede definisjonene på avvik er at de er lite hjelpsomme i en leges travle hverdag. En lege som står

på vakt og ser at en av skjermene han bruker under en operasjon flimrer litt, og egentlig kanskje til og med svartner noen få sekunder under en operasjon, kan jo etterpå lure på om dette bør meldes som et avvik eller ikke. Hvor skal han kunne finne svaret på dette spørsmålet? Definisjonsmessig sett er nok dette å regne som avvik, men som legen som beskrev akkurat denne hendelsen sa: ”Det skjer så mange slike småhendelser i løpet av en dag, at hvis jeg skulle gå rundt og rapportere alle etter forskriftene, ville jeg ikke gjøre annet. Derfor blir det unektelig til at en tenker på konsekvensene av en slik hendelse, og der konsekvensene har blitt få eller ingen, melder man ofte ikke.”

Det mange av legene vi snakket med etterlyser er en mer konkret direksjon på avdelingen om hva som skal meldes. Det blir mye synsing og lite konkrete tall og fasitsvar når en skal forsøke å redegjøre for hva som faktisk *bør* meldes, og hvordan dette best kan gjøres. Etter mange søk i ulike forskningsrettede databaser på nettet med oppsummert kunnskap, og også etter samtaler med fagkyndige i de aktuelle spørsmål, står svarene enda ikke klart for oss. Enn så lenge er det kanskje til det beste at de erfarne legene bruker sitt gode vett i en fortløpende vurdering av hva som er verdt å bruke tiden på. I det minste til flere konkrete svar kan legges på bordet.

## BEGRUNNET TILTAK

Etter søk i litteraturen som beskrevet i avsnittene over, fant vi ikke god nok dokumentasjon på at ett eller få konkrete tiltak fungerer. Dessuten er flere tiltak som er beskrevet i litteraturen ikke direkte overførbare til norske forhold, da ulike land har ulike lover, systemer og kulturer for avvik og avviksmeldinger. Etter diskusjon innad i gruppen og med KLoK-veileder kom vi frem til at vi måtte velge tiltak på bakgrunn av ”sunn fornuft.”

Vi gikk gjennom de ulike tiltakene som legene hadde skissert for oss, samt forslag fra artikler vi hadde lest. På bakgrunn av dette var disse de fire mest aktuelle tiltakene:

***Et eget punkt i epikrisen som heter ”Uheldige hendelser under oppholdet.”*** : Fordeler: En enkel måte å implementere avviksmelding inn i den daglige praksisen, siden epikriser er noe legene må forholde seg til hver dag. Ulemper: Det vil bli dobbelt arbeid for legene (med mindre man endrer datasystemene) da avviket og dens håndtering må beskrives både i epikrisen og i EQS. Vi har også diskutert litt i gruppen at det kan oppstå et kommunikasjonsproblem mellom sykehus og pasient hvis pasienten selv leser epikrisen. Er pasienten inneforstått med hva en avvikshendelse er? Kan pasienten få et uberettiget inntrykk

av at han/hun er feilbehandlet? Dette kan bety mer arbeid for legen siden pasienten må få en grundig forklaring på hvorfor denne uheldige hendelsen har skjedd og hvordan det har blitt håndtert. Det er, eller bør i hvert fall være, en selvfølge at uheldige hendelser forklares nøye for pasienten uansett. Vi er likevel realister og tror at denne mulige økte arbeidsmengden kan virke skremmende på legene. Vi tror at særlig ”små” avvik, f. eks en ukomplisert urinveisinfeksjon som kunne vært unngått, vil bli utelatt beskrevet i epikrise og ikke meldt som avvik, da følelsen av nytten for mange ikke vil kunne veie opp for merarbeidet. Vi synes også at det er problematisk at et avvik ikke skal meldes der og da, men kanskje først på tidspunktet man skriver epikrisen. Det fordrer at personen som oppdaget avviket journalfører det, slik at utskrivende lege skal kunne få det med i epikrisen. Det Og hvis avviket blir journalført, kan det like godt bli ført direkte i IEQS.

***Flere oppslag der det informeres om hva som skal meldes og hvordan man gjør det :*** Dette tiltaket begrunnes med at flere av legene vi snakket med syntes det var vanskelig å vite hva som er en påregnelig komplikasjon og hva som er et avvik. Vi har prøvd å finne retningslinjer for hva som skal meldes utover lovteksten, men uten hell. Tiltaket krever at en gruppe setter seg ned og finner ut av hva som er de viktigste avvikene å melde, og at disse skrives konkret på oppslagene som bør henge på arbeidsplasser, i skiftestuer osv. Fordeler: Kan bidra til å klargjøre hva som skal meldes, og fungerer i beste fall som en kontinuerlig påminnelse. Det er et enkelt og billig tiltak. Ulemper: Ved å definere satsningsområder som man gjør ved å skrive ned enkelte ting som skal meldes på et oppslag, går man glipp av mulighetene avviksmeldinger gir for å finne ut hvor ”skoen trykker.” Hvis man allerede vet hvor satsningsområdene bør være, bør man heller innføre tiltak for å forbedre dem, i stedet for å få leger til å melde fra om dem. Det er også usikkert i hvor stor grad leger leser og merker seg slike oppslag.

***En egen ”meldesentral” eller ”meldeperson”:*** Dette var et konkret tiltak fra en av legene vi intervjuet. Tanken er et eget meldeorgan som tar seg av hele byråkratiske delen av meldeprosessen. Vi tenker oss at det er mest praktisk med en telefon som bør være bemannet hele døgnet, der man ringer med en gang man oppdager/utfører et avvik. Personen på meldesentralen noterer ned den detaljerte avviksmeldingen, behandler avviksmeldingen videre og henter evt. inn supplerende informasjon fra melder eller andre. Fordeler: Tidsparende - leger setter trolig pris på å bli avlastet noen av de mange sekretæroppgavene de stadig tynges med. Ulemper: Personene som gjør denne jobben kan ikke stilles juridisk ansvarlige for meldingene de lager, og det blir vanskelig å dokumentere prosessen hvis

informasjonen om avviket bare overføres muntlig fra legen. Som løsning på det ser vi for oss et signeringssystem med rettemuligheter slik som når man dikterer journalnotater. Det vil koste penger å bemanne en slik ”meldesentral,” og man er avhengig av et visst medisinsk faglig nivå på de som arbeider på ”meldesentralen.”

**2 spørsmål på morgenmøte:** Avdelingsoverlege og avdelingsoverlegens stedfortreder har ansvar for at i løpet av hvert eneste morgenmøte skal to spørsmål stilles: Har det i løpet av siste døgnet skjedd noen avvik? Har du meldt det i EQS? Når i morgenmøtet spørsmålene stilles kan den enkelte avdeling bestemme selv, men vi mener det bør være på en fast plass i programmet, slik at alle får innarbeidet at nå er det ”avvik- og pasientsikkerhets-tid.”

Fordeler: Det er meget enkelt gjennomførbart, medfører ingen ekstra kostnader og minimalt med ekstra tid. Legene vil ha et forum der de kan diskutere med andre om det har skjedd et avvik eller ikke dersom de er i tvil. Det gir dessuten mulighet for intern læring. Ulemper: Det krever at minst avdelingsoverlegen og en stedfortreder er engasjert og har fått god opplæring i avvik og avvikshåndtering. Vi tenker oss også at for at tiltaket opprettholdes over lang tid, må motivasjonen opprettholdes ved at avdelingsoverlege får jevnlig rapporter om avdelingens meldinger og hvilke tiltak som er igangsatt på bakgrunn av meldingene.

Etter nøye vurdering har vi valgt det siste punktet; ”2 spørsmål på morgenmøtet”, som vårt tiltak. Vi mener det er forholdsvis enkelt å implementere. Det krever ingen nye ansettelser, omstruktureringer eller bruk av ekstra penger. Det fungerer som påminnelse, motivasjon, diskusjonsforum og er meldekulturskapende. Den viktigste utfordringen slik vi ser det, er at det krever at avdelingsoverlege er personlig engasjert og motivert for å få til en god meldekultur.

## PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS.

Vårt tiltak ”2 spørsmål på morgenmøtet” krever ingen ekstra ansettelser og ingen ekstra bevilgninger av penger. Det må innledes med at kvalitetsutvalget eller andre fra kvalitetsavdelingen utarbeider retningslinjer og lærer opp avdelingsoverlege og dens stedfortredere om:

- Hva skal meldes?
- Hvordan skal det meldes?
- Hva skjer med meldingene, og hva kan legene forvente av tilbakemeldinger og konkrete tiltak?
- Hvem kan kontaktes hvis man trenger assistanse?
- Andre emner som kvalitetsavdelingen ser på som nyttig informasjon for klinikere

Man må også forsikre seg om at avdelingsoverlege er motivert og engasjert, hvis ikke tror vi at tiltaket kan bli mindre vellykket. Opplæringen bør kunne gjøres på avdelingen ved besøk av en fra kvalitetsutvalget, og bør ikke ta mer enn ca 1-2 timer.

Vi mener også at kvalitetsavdelingen bør gi jevnlige tilbakemeldinger til avdelingsoverlegene i form av for eksempel en mail hver måned. Her kan det opplyses hvor mange avvik fra legene på avdelingen har meldt og hvilke tiltak som har blitt innført på bakgrunn av meldingene. Utover dette ser vi ikke behov for ytterligere tiltak, da vi ut fra å ha snakket med legene har inntrykk av at alle vet hvordan de skal melde i EQS, de trenger bare mer motivasjon og fokus, slik at de synes at det er verdt å bruke tiden sin på.

Tiltaket har et evigvarende tidsperspektiv, derfor trengs det kontinuerlig tilbakemelding fra kvalitetsavdelingen for å opprettholde motivasjonen. Tiltaket bør evalueres underveis, se avsnitt om indikator og evaluering.



---

## EVALUERING OG INDIKATORVALG

Vi har funnet det hensiktsmessig å ha to indikatorer for vårt forbedringstiltak; en prosessindikator og en resultatindikator. Som prosessindikator har vi valgt å bruke en registrering av hvor ofte avdelingsoverlegen stiller spørsmålet ”Har dere kommet over noe som kunne være et avvik siden sist vi traff hverandre?” Dette blir et mål på om forbedringstiltaket gjennomføres, og ikke på om det virker. Som resultatindikator vil vi bruke forholdet mellom legemeldte avvik og faktiske avvik målt ved GTT. Vi mener dette er en god indikator, da den tar høyde for at virkeligheten kan variere over tid; altså kan ikke antallet meldte avvik benyttes som indikator alene. Målt opp mot virkelige avvik, mål ved GTT, får man derimot et riktigere bilde av hvorvidt tiltaket har ført til at en større andel meldes. Resultatindikatoren vår er selvsagt kun et surrogatmål for bedret pasientsikkerhet. Vårt mål er å få meldt en større del av avvikene. Håpet er da at pasientsikkerheten også øker. Det har vi imidlertid ingen garanti for at faktisk vil skje. En faktisk reduksjon i andel avvik per prosedyre eller liggedøgn målt ved GTT gir imidlertid et bilde av om kvalitetsforbedring har funnet sted.

Prosjektet bør evalueres ved hjelp av prosessindikatoren hver 14. dag de første to månedene, deretter månedlig i ett år for å se at det følges opp. Dette blir samtidig en bevisstgjøring overfor avdelingsoverlegen. Hver måned bør avdelingen få en tilbakemelding i form av hvor mange avvik som ble meldt inn i løpet av den siste måneden. Etter 6, 12, 18 og 24 måneder bør det gjøres en GTT undersøkelse av journalnotater for siste måned for å få målt resultatindikatoren. Også disse tallene må presenteres for legene, og det bør særlig legges vekt på hvilke typer av avvik som underrapporteres og hvilke de er flinke til å rapportere. Grunnen til at vi ikke velger å evaluere med resultatindikatoren hver måned er at det er kostbart og arbeidskrevende.

Vi tenker oss at tiltaket gjennomføres og evalueres på to kirurgiske avdelinger. Dersom det etter evalueringsperioden på to år eller tidligere viser seg å ha god effekt, kunne man tenke seg å utvide pilotforsøket til andre avdelinger på sykehuset, også de medisinske.

---

---

## REFERANSER

- 1 Sønstebø MA, Hernæs L. Å forholde seg til regelverket- hvordan virker dette på avvikshåndteringen. Masteroppgave fra institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO, 2009.
- 2 [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no); Helsepersonelloven, Lov om spesialisthelsetjenesten.
- 3 Side 57 i Ot. prp. nr. 10 (1998-99).
- 4 Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten; en lære- tenke- og faktabok. Gyldendal akademiske forlag. 1. utg. 2007.
- 5 Rundskriv I-54/2000; Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen
- 6 Crown. An organisation with a memory; Department of Health; 2000 (UK). ISBN: 0113224419
- 7 Ebbesen 7, Buajordet I, Erikssen J et.al; Drug-Related Deaths in a Department of Internal Medicine; Arch Intern Med. 2001;161(19):2317-2323.
- 8 WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from Information to Action. Geneva. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, 2005
- 9 Battles JB, Kaplan HS; The attributes of medical event reporting systems. Arch Pathol Lab Med. 1998 Mar;122(3):231-8
- 10 Lucian L. Leape; Reporting of Adverse Events, M.D., N Engl J Med 2002; 347:1633-1638
- 11 Clarke JR. How a system for reporting medical errors can and cannot improve patient safety. Am Surg 2006;72:1088–91; discussion 1126–48
- 12 [www.ahus.no](http://www.ahus.no): årsrapport 2009 02.01.2011
- 13 [www.qulturum.se](http://www.qulturum.se) –metoder-metoder för förbetringsarete- GTT/strukturerad journalgranskning. 05.02.2011
- 14 Paulsen PME, Brattebø G. Medisinstudentar og legar sine haldningar til medisinske feil og pasientskade. Tidssk Nor Lægeforen, 2006; 126: 2129–3
- 15 Kreckler S, Catchpole K, McCulloch P. Factors influencing incident reporting in surgical care, A Handa Qual Saf Health Care 2009;18:116–120
- 16 Evans SM, Berry JG, Smith BJ et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study Qual Saf Health Care 2006 15:39-43

17 Atherton T. Description and outcomes of the DoctorQualityincident reporting system used at Baylor Medical Center at Grapevine, BUMC PROCEEDINGS 2002;15:203–208

18 Mellin-Olsen J. Ukultur i helsetjenesten. 16.05.10. <http://www.dagensmedisin.no/debatt/2010/05/16/ukultur-i-helsetjenesten/index.xml> 05.02.11

19 Bakken C. Rapportering av avvik – en suksess. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:1241

20 Rowin EJ, Lucier D, Pauker SG et al. Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008;34(9):537-45.

21 Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. British Journal of Anaesthesia 2010; 105 (1): 69–75

22 Braithwaite J, Westbrook MT, Travaglia JF, et al. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. Qual Saf Health Care 2010;19:229e233.

23 Arah OA. Professional monitoring and critical incident reporting using personal digital assistants. Med J Aust. 2003 Apr 7;178(7):359; author reply 359

24 Evans SM, Berry JG, Smith BJ et al. Attitudes and barriers to incident Reporting: a collaborative hospital study. Qual Saf Health Care 2006; 15: 39–43

25 Qual Saf Health Care. 2010 Dec;19(6):490-2.Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research.Ovretveit J.)

## Vedlegg

Semistrukturert intervju – vedlegg 1

Oppsummerte funn fra intervju –vedlegg 2

Power-point-presentasjon – vedlegg 3